

УДК 616.5:615.851

ПСИХОСОМАТИКА ТА ПСИХОТЕРАПІЯ В СУЧАСНІЙ ДЕРМАТОЛОГІЇ

О.Є. Фегоренко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Ключові слова: психосоматика, особистість, психотерапія.

Психосоматика (від грец. *psyche* — душа, *soma* — тіло) — напрям у сучасній клінічній медицині та медичній психології, предметом якого є вивчення впливу психологічних чинників на виникнення та подальшу динаміку психосоматичних хвороб. За сучасними поглядами, будь-яка психосоматична хвороба відокремлено не виникає ні з психічних, ні з фізіологічних особистостей того чи того індивіда, її також неможливо ґрунтовно пояснити шляхом наукового дослідження властивостей чи то психічної, чи то соматичної складової. Лише їхня взаємодія з навколишнім середовищем може призвести до такого стану організму людини, який і визначається як психосоматична хвороба. На сьогодні психосоматичні корелятивні зв'язки, безумовно, є одними з найдискутабельніших та найскладніших питань сучасної клінічної медицини. Хоча тісний взаємозв'язок психічного та соматичного встановлено ще за часів Гіппократа, і відтоді його вивчають.

Сьогодні небезпідставно вважають, що історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції Зіґмунда Фрейда, який ще на початку ХХ сторіччя довів, що «пригнічена емоція», «психічна травма» шляхом «конверсії» можуть виявлятися певним соматичним симптомом. Цей процес відбувається на тлі субклінічного формування потрібної «соматичної готовності» — фізичного чинника, що має істотне значення для подальшого «вибору органа», в якому відбудеться така його своєрідна соматична реалізація. Тож зрозуміло, що емоційна реакція є з'єднувальною ланкою між психологічною й соматичною сферами людського організму. Фізіологічні механізми захисту (тристадійний адаптаційний синдром за Н. Selye) переважно запобігають повному розвитку відчуття страху — тривоги, зазвичай лише зменшуючи їхню виразність, цілком не усуваючи цих явищ та патогенної дії на організм. Такий процес, на думку R.S. Lazarus, можна назвати своєрідним гальмуванням, тобто станом, коли психомоторний та вербальний вияви стривоженості блокуються, і сигнали, що надходять із ЦНС, через вегетативну нервову систему потрапляють до соматичних структур, призводячи до формування певних патологічних змін у різних системах органів людини. В цьому аспекті емоційний стрес слід розглядати як стан яскраво вираженого психоемоційного переживання людиною конфліктних життєвих ситуацій, які гостро або тривало обмежують задоволення нею соціальних

чи біологічних потреб. Механізм емоційного стресу характеризується тривалою післядією, сумациєю, спотворенням реакції нейронів ЦНС. Кількаразове емоційне збудження може набути хронічно рецидивного характеру, коли навіть за нормалізації ситуації залишатиметься застійним і суттєво не послаблюватиметься. Більше того, це збудження постійно активізуватиме центральні утворення вегетативної нервової системи, виснажуючи адаптаційні можливості організму, а вже через них — руйнуватиме саморегуляцію роботи внутрішніх органів і систем організму. Якщо ж у ньому вже є слабкі ланки, то саме вони, за твердженням Г. Сельє, і стають основними у формуванні соматичної хвороби.

У межах психосоматичного напрямку сучасної клінічної медицини нині є два різних підходи: психодистрибуційний та соматоцентристський.

Перший із них ґрунтується на вивченні та аналізі впливу на виникнення певних клінічних виявів, подальший клінічний перебіг та прогноз соматичної патології як гострого, так і хронічного психічного стресу, а також різних патофизиологічних характеристик, пов'язаних із психічним статусом конкретного пацієнта. Протягом останніх років клініцисти розглядають і аналізують вплив конституціональних характеристик особистості, які по-різному інтерпретуються в межах психодинамічного та психометричного підходів.

При соматоцентристському підході головну увагу приділяють дослідженню впливу клінічних виявів та загального перебігу соматичної хвороби на суб'єктивне сприйняття пацієнтом своєї патології, а також особливостям тих чи тих психічних розладів, зумовлених стражданням через хворобу.

На підставі власних спостережень нам здається можливим та доцільним виділяти чотири види психосоматичних розладів:

- психосоматичні розлади, що схожі на добре відоме досвідченим клініцистам посилену симптоматичну лабільність, яка є психогенно спровокованою екзацербациєю самої соматичної хвороби;
- психосоматичні розлади, в основі яких лежать реакції екзогенного типу (соматогенії), що маніфестують через вплив на психічну сферу хворого тих чи інших серйозних соматичних порушень і належать до категорії симптоматичних психозів;
- психосоматичні розлади, що є наслідком соматизованих психічних (соматоформних) реакцій, що поступово та переважно непомітно формуються при невротичних або конституціональних патологіях;

- психосоматичні розлади або психогенні реакції (нозогенії), що виникають унаслідок появи та подальшого клінічного перебігу такої соматичної хвороби, яка виступає в ролі психотравмивної події і які відповідно належать до групи реактивних станів.

У процесі тисячолітньої еволюції людина поступово набула властиві їй як певному біологічному виду силу, гнучкість, рухливість, здатність пристосовуватися до мінливого довколишнього її світу. Прадавні інстинктивні програми її поведінки достатньо успішно допомагали протистояти холоду, голоду, нападам як хижаків, так і ворогів. У процесі подальшого існування людини та її розвитку з'явилися навантаження, щодо яких і досі не виробилися механізми генетичного захисту. В сучасному суспільстві адекватне пристосування до навколишнього середовища залежить від індивідуальних психічних можливостей особи набагато більше, ніж від сили її м'язів, міцності кісток, швидкості бігу. Найнебезпечнішим стало слово, а не зброя ворога. Звідси така людська риса як емоційність, що споконвічно сприяла захисній мобілізації організму. Тепер її доволі часто особистість свідомо пригнічує, щоб «вбудуватися» в соціальний контекст життя. Це своєю чергою призводить до того, що емоції згодом «перекручуються», втрачають для свого господаря важливість і зрештою можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі.

Психосоматичний підхід до пацієнта починається лише тоді, коли він в очах лікаря або медичної сестри перестає бути лише носієм хворого органа, а цілісно розглядається як особа, що має не тільки певну соматичну патологію, а і є виразником відповідного типу психологічного сприйняття та реагування на неї. У цьому аспекті психосоматичний напрям, мабуть, доцільно розглядати і як своєрідну можливість «відходу» від усе ще деперсоналізованої медицини. В період формування сучасної психосоматичної медицини як науки головною зусилля були спрямовані на подолання в свідомості клініцистів реального розриву між тілесним та психічним. Спочатку створили однолінійну модель психосоматичних хвороб, до яких зарахували конверсійні, функціональні та 7 («holy seven») психосоматозів: нейродерміт, бронхіальну астму, гіпертиреоз, виразковий коліт, виразку дванадцятипалої кишки, ревматоїдний артрит, есенціальну гіпертензію та інші.

Сучасні клініцисти вважають цілком можливим виникнення будь-якої соматичної патології на тлі несприятливої для людини взаємодії як фізичних, так і психосоціальних чинників, що зрештою і призвело до усвідомлення багатофакторної відкритої моделі хвороби. Завдяки такому розумінню на зміну вузькому поняттю психосоматичних розладів останніми роками прийшов інтегральний психосоматичний підхід. Таким чином, на сьогодні головними критеріями діагностики психосоматичних розладів є:

- психотравмивна ситуація в анамнезі;
- певні особливості (преморбідна акцентуація) будови особистості;
- психологічний конфлікт у родині або на роботі;

- клінічні вияви соматичної хвороби взагалі, особливо ті, що хворий не може або не вміє приховати від оточення, з якими є постійне професійне або дружнє спілкування.

Тож цілком зрозумілим є те, що власне патогенез психосоматичних розладів надзвичайно складний та неоднозначний і в більшості випадків визначається:

- неспецифічною природженою спадковою обтяженістю щодо можливості виникнення соматичних порушень та дефектів;
- схильністю до психосоматичних розладів навіть у разі мінімального впливу тих чи інших як ендотак і екзогенних чинників;
- деякими особливостями та тривалістю психотравмивних подій;
- нейродинамічними розладами як центральної, так і вегетативної нервової системи;
- особистісними патопсихологічними характеристиками;
- відповідним психічним і фізичним станом протягом часу дії певних психотравмивних чинників;
- несприятливим сімейним тлом;
- напруженим психологічним кліматом на роботі, в процесі навчання та в суспільстві.

Таким чином, багатофакторність природи психосоматичних хвороб є домінуючою. Соматичне і психічне, вплив мікросоціального середовища, стан довкілля та суб'єктивне «перероблення», фізіологічні, психологічні, соціальні впливи у їхній сукупності й взаємодоповненні — ось ті базові чинники, які є визначальними для виникнення і подальшого розвитку психосоматичних хвороб. Особа, що перебуває в гармонійних відносинах з навколишнім середовищем, навіть може перенести екстремальні соматичні та психічні навантаження, уникнувши при цьому як появи, так і рецидиву такої хвороби. Досвід свідчить, що для лікаря-клініциста вкрай важливо діагностувати будь-яке соматичне захворювання ще на етапі його субклінічних виявів, коли ще можна якщо не запобігти подальшому розвитку хвороби, то принаймні не допустити її тяжкого перебігу та розвитку можливих ускладнень.

Незважаючи на результати численних досліджень, які доводять суттєве значення психосоціальних чинників у розвитку та клінічному перебігу хронічних захворювань шкіри, сучасна дерматологія все ще однобоко ґрунтується на соматичному підході та переважно медикаментозній терапії.

З урахуванням клінічного досвіду автора можна рекомендувати лікування психосоматичних розладів у пацієнтів дерматологічного профілю у три етапи:

- I етап — невідкладне усунення кризової ситуації;
- II етап — психотерапія та використання в разі потреби відповідних психотропних засобів;
- III етап — тривала корекція особистості хворого, поведінки оточення, лікування хронічної шкірної патології.

Реально ж у вітчизняній дерматовенерології медична допомога пацієнтам, які мають хвороби шкіри, починається й закінчується одним — медикаментозною терапією соматичних виявів, що і зу-

мовлює її недостатню ефективність у значної частини хворих.

Обов'язковим компонентом лікування психосоматичних розладів повинна бути психотерапія. Тих чи інших її видів та психотерапевтичних підходів існує безліч, але не всі їх можна застосовувати щодо хворих на дерматози. Психотерапія — це процес активної психологічної взаємодії лікаря з пацієнтом, метою якого є:

- нормалізація психічних, емоційно-афективних і вегетативних розладів невротичного характеру;
- відновлення порушених відносин особи;
- зміна установок, звичок, поглядів, світогляду;
- позбавлення від патологічних залежностей;
- мобілізація існуючих адаптаційних психологічних і фізіологічних можливостей людини.

У процесі такої психотерапевтичної взаємодії є певні її етапи, напрями, рівні, зокрема:

- встановлення позитивного психотерапевтичного контакту з лікарем;
- відверта розповідь хворого про себе та свої проблеми;
- психотерапія з використанням пізнавально-поведінкових механізмів психологічного захисту: ра-

ціональна, когнітивна, поведінкова, патогенетична, психоаналіз, функціональне тренування;

- психотерапія з використанням психофізіологічного захисту зміненої свідомості (гіпноз, гіпнокатарсис, навіювання, автотренінг, медитація);
- емоційне стимулювання у вигляді хобі-психотерапії та творчого самовираження з урахуванням особливостей особистісної орієнтації хворого.

Слід окремо визначити особливості дерматологічної патології, які вносять корективи в призначення психотерапії:

- дещо підвищена навіюваність, що часто поєднується з нерозумінням потреби в лікуванні саме в лікаря-дерматолога;
- підвищена психологічна залежність від рідних та родини через неправильне розуміння зміни поведінки хворого в побуті й на роботі, що породжує в окремих випадках вороже до нього ставлення;
- оскільки психіка хворого дерматологічного профілю часто в багатьох випадках постійно напружена в разі дисемінації висипки, форми та методи психотерапії слід використовувати з урахуванням не тільки клінічних синдромів, а й особливостей локалізації на шкірі та наявності свербіжжю.

ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

А.Е. Федоренко

Описываются особенности психосоматического подхода при лечении кожных болезней, а также роль эмоциональных реакций как своеобразного связующего звена между психологической и соматической сферами человеческого организма в патогенезе психосоматических патологий.

PSYCHOSOMATICS AND PSYCHOTHERAPY IN MODERN DERMATOLOGY

A.E. Fedorenko

Features of psychosomatic approach in skin diseases treatment and role of mental reactions as a special link between psychological and somatic sphere of organism in psychosomatic pathology were described.